



lignes directrices en soins de première ligne d'affirmation de genre pour patients trans et non binaires

AIDE-MÉMOIRE POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Cet aide-mémoire, inspiré du document ***Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-Binary Patients*** (en anglais seulement), est conçu pour une utilisation conjointe avec la version intégrale des lignes directrices.

Messages clés

- La prescription d'une hormonothérapie aux personnes trans est une pratique qui se fait bien en première ligne.
- Les risques liés à l'abstention de l'hormonothérapie sont souvent plus importants que ceux liés au traitement.

UNE APPROCHE PERSONNALISÉE

Le spectre des identités de genre et des expressions de celles-ci chez différentes personnes fait en sorte qu'il n'existe pas qu'une façon de faire. Les personnes non binaires peuvent aussi rechercher une hormonothérapie pour modifier leurs caractères sexuels secondaires. Certaines personnes qui décident de prendre des hormones pour réaliser leur transition pourraient vouloir une féminisation ou une masculinisation maximale, alors que d'autres préféreront une apparence plus androgyne.

LA DÉCISION DE DÉBUTER UNE HORMONOTHÉRAPIE

La décision de débuter une hormonothérapie est un processus centré sur le patient, réalisé en collaboration, et axé sur la préparation psychosociale et le consentement éclairé. Le professionnel de la santé de première ligne (avec ou sans l'appui d'une équipe multidisciplinaire) peut rendre possible un processus décisionnel qui éclaire, instruit et soutient les patients. Il importe que soient pris en considération, pour chaque personne demandant une hormonothérapie, non seulement les risques liés au traitement, mais également les risques souvent graves de ne pas traiter.

TERMINOLOGIE

CIS: Qualifie l'état d'harmonisation entre l'identité de genre d'une personne et le genre qui lui a été assigné à la naissance. Le terme « cisgenre » est aussi employé. Les hommes non trans sont donc des « hommes cis » et les femmes non trans, des « femmes cis ». Il est préférable (et plus exact) d'utiliser le terme « cis » au lieu de « biologique », « génétique » ou « réel ». Il est également préférable de parler d'homme cis ou de femme cis, plutôt que de dire simplement « homme » ou « femme, » pour parler des personnes non trans. Si le terme cis n'est pas utilisé pour décrire les personnes non trans, cela sous-entend que cette identité est la « norme, » ce qui contribue à alimenter le cissexisme.

TRANS: Terme général qui englobe les personnes qui ne sont pas cis, qui inclut aussi les personnes qui sont (ou qui s'identifient comme) non binaires, les hommes trans et les femmes trans.

NON BINAIRE: Terme général qualifiant toute personne qui ne s'identifie pas avec une identité de genre binaire et statique. Ceci inclut, entre autres, les personnes *genderqueer*, bigenre, multigenre, de genre fluide et agenre (ceci n'est pas une liste exhaustive).

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ:

Les présentes lignes directrices reflètent la pratique courante au Sherbourne Health ayant trait à la prise en charge des patients trans. Notre intention n'est pas de les présenter en tant que « norme de soins », mais plutôt de guide venant en aide au personnel clinicien dans le cadre de leur pratique quotidienne. Il conviendrait d'envisager des adaptations de ces lignes directrices à la situation unique de chaque personne. Le personnel clinique doit se fier à ses compétences spécialisées et à son aptitude à prendre des décisions lors de chaque consultation.

Hormonothérapie féminisante

Chez les personnes transféminines, l'hormonothérapie vise à réduire les effets endogènes de la testostérone et à induire des caractères sexuels secondaires féminins. Sur le plan physiologique, cette évolution nécessite la suppression des androgènes endogènes et l'ajout d'œstrogène. Ce traitement entraîne des effets réversibles et irréversibles[1].

Contre-indications

- Cardiopathie ischémique instable
- Cancer œstrogénodépendant
- Maladie hépatique chronique en phase terminale
- Troubles psychiatriques limitant la capacité à donner un consentement éclairé
- Hypersensibilité à l'une des composantes de la préparation

ŒSTROGÈNES

Les œstrogènes agissent directement sur les récepteurs d'œstrogène pour entraîner la féminisation. Plusieurs formulations et voies d'administration des œstrogènes sont utilisées pour la féminisation. La formulation la plus souvent employée au Sherbourne Health est l'estradiol 17-β per os (Estrace), un produit remboursé par le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Même s'ils ont longtemps été utilisés en raison de leur accessibilité et de leur abordabilité, les œstrogènes conjugués (p. ex. Premarin) ne sont plus recommandés[3]. Le moment idéal de l'aomrce de l'œstrogène par rapport à l'antiandrogène ne fait pas consensus. Les approches fréquentes comportent à la fois l'instauration d'un antiandrogène (habituellement de 1 à 3 mois) avant l'ajout des œstrogènes, ou bien l'introduction simultanée des deux composantes, suivie d'un ajustement de la dose. Pour la clientèle de plus de 50 ans ayant pris des œstrogènes pendant plusieurs années, les doses peuvent être réduites à celles administrées aux femmes cisgenres ménopausées (p. ex. dose initiale/faible dose de préparations topiques).

Rappelez-vous ceci: Chez la clientèle adolescente, l'instauration d'une œstrogénothérapie avant la fin de la croissance du squelette pourrait entraîner une interruption précoce de la croissance des os longs, donc une taille adulte réduite, qui constitue un effet irréversible. Il pourrait s'agir d'un effet voulu. Chez les personnes à qui on a assigné le sexe masculin à la naissance, une fusion épiphysaire complète se produit au plus tôt à 14 ans et au plus tard à 19 ans[4].

ANTIANDROGÈNES

Les antiandrogènes habituellement prescrits au Sherbourne Health sont la spironolactone et la cyprotérone, la première des deux ayant été longtemps le choix privilégié car on croyait qu'elle avait un profil d'innocuité supérieur. Cette pratique a changé au fil du temps. De plus faibles doses de cyprotérone (c. à d. 12,5 à 25 mg par jour), qui portent moins de risque d'entraîner des effets secondaires[2], permettent d'obtenir des effets antiandrogènes adéquats et la suppression de la testostérone jusqu'à un taux qui est dans les limites de la normale féminine. Il convient par conséquent de choisir un antiandrogène de façon personnalisée, selon les antécédents médicaux et les préférences de la personne en ce qui a trait aux profils de risques et d'effets indésirables. Chez la plupart des femmes trans qui ont subi une orchidectomie (avec ou sans vaginoplastie), la suppression des androgènes ne sera plus nécessaire. Elles pourront cesser de prendre des bloqueurs d'androgènes immédiatement après la chirurgie ou sevrer graduellement la prise sur une période de 4 à 6 semaines, voire plus, selon des facteurs individuels (p. ex. les personnes souffrant d'hypertension ou d'une insuffisance rénale doivent sevrer graduellement la spironolactone).

RÉFÉRENCES

1. *Levy A, Crown A, Reid R Endocrine intervention for transsexuals. Clin Endocrinol 2003; 59(4):409-18*
2. *Fung R, Hellstern-Layefsky M, Lega I. Is the lower dose of cyproterone acetate as effective at testosterone suppression in transgender women as higher doses? International Journal of Transgenderism 2017; 18(2):123*
3. *Deutsch MB e. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition. 2016; Available at : www.transhealth.ucsf.edu/*
4. *Crowder C, Austin D. Age ranges of epiphyseal fusion in the distal tibia and fibula of contemporary males and females. J Forensic Sci. 2005 Sep;50(5):1001–7.*

INNOCUITÉ

L'estradiol transdermique semble être moins thrombogène que sa version orale, en plus d'occasionner moins d'effets indésirables hépatiques; il est par conséquent recommandé à la clientèle de plus de 40 ans ou présentant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, thromboembolique ou hépatique[7].

SOINS PRÉVENTIFS

Les patientes transféminines sous hormonothérapie féminisante ont des besoins uniques en matière de soins préventifs et font l'objet de recommandations particulières. La version intégrale des lignes directrices présente un ***Preventive Care Checklist*** adapté aux patientes transféminines, à utiliser en clinique.

PRÉPARATIONS ET DOSES RECOMMANDÉES D'ANTIANDROGÈNES ET D'ŒSTROGÈNES

Préparations	Dose initiale	Dose habituelle	Dose maximale	Coût* (4 sem)
Spironolactone (PO)	50 mg DIE – BID	100 mg BID	150 mg BID[a]	15$–41$
Cyprotérone (PO)	12,5 mg (¼ comp. 50 mg) q2j – DIE	12,5 mg (¼ comp. 50 mg) – 25 mg (½ comp. 50 mg) DIE	50 mg DIE[a]	16-56
Estradiol (PO)*	1-2 mg DIE	4 mg DIE ou 2 mg BID	6 mg DIE ou 3 mg BID	18-54
Estradiol (timbre transdermique)*[b]	50 µg par jour/appl. timbre 2x/sem.	Variable[c]	200 µg par jour/appl. timbre 2x/sem.	39-76[d]
Estradiol (gel transdermique)*[e]	2,5 g DIE (2 pompes, contenant 150 µg d'estradiol)	Variable[c]	6,25 g DIE (5 pompes, contenant 375 µg d'estradiol), pourrait être limité par les exigences liées à la superficie requise pour l'application du gel	58-154
Estradiol valérate ** injectable (IM)[f]	3-4 mg q sem. ou 6-8 mg q 2 sem.	Variable[c]	10 mg q sem.	36-46

Les prix sont tirés de* ***www.pharmacy.ca**. Les prix susmentionnés étaient exacts en mai 2018 et correspondent à un approvisionnement de 4 semaines de médicaments génériques, sauf indication contraire (allant d'une faible dose à la dose maximale). Le prix comprend des honoraires de préparation normaux de 9,99 $, qui peuvent varier d'une pharmacie à l'autre,* **Remarque: Pour les personnes souscrivant au PMO, la spironolactone, la cyprotérone et l'estradiol oral sont remboursés sans formulaire de demande au Programme d'accès exceptionnel (PAE).**

*** L'Estradiol valérate pour injection (IM) doit être préparée dans une pharmacie officinale; prix estimatif fourni par Pace Pharmacy (incluant des honoraires de préparation de 10,99 $).*

a. *rarement nécessaire ou utilisée. Une dose maximale n'est pas nécessairement requise pour obtenir l'effet maximal. Faire preuve de jugement clinique dans le choix d'une dose optimale personnelle*

b. *de marque Estradot[MD]*

c. *les doses habituelles varient beaucoup d'une personne à l'autre. Utiliser des doses initiales qui seront ensuite ajustées selon la réponse de la personne. Souvent, la dose maximale n'est pas requise. Faire preuve de jugement clinique dans le choix d'une dose optimale personnelle*

d. *200 µg par jour, administré sous forme de 2 timbres de 100 µg, appliqué 2 fois par semaine (4 timbres par semaine)*

e. *de marque Estragel[MD]*

f. *l'estradiol valérate pour injection (IM) doit être préparée dans une pharmacie officinale, habituellement à une concentration minimale de 10 mg/mL. Selon les lignes directrices modifiées de l'Ontario, il faut jeter les fioles multidoses 28 jours après leur ouverture.*

PRÉCAUTIONS

Des données probantes compilées par l'*Endocrine Society* indiquent que l'hormonothérapie féminisante est « **sécuritaire et sans risque majeur d'effets indésirables lorsqu'elle est suivie étroitement pour éviter l'apparition des quelques problèmes médicaux possibles et bien documentés**[5] ».

Les mesures prévues pour diminuer les risques associés à une hormonothérapie féminisante doivent être prises en considération et discutées avec les patientes, et, si possible, être prises avant ou en même temps que l'hormonothérapie[6]. La version intégrale des lignes directrices présente les mesures proposées liées aux précautions pour réduire au minimum les risques.

RÉFÉRENCES

5. *Weinand J, Safer J. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. J Clin Transl Endocrinol. 2015;2(2):55–60*
6. *Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and bene ts of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288(3):321-333 doi:101001/ jama2883 321 3*
7. *Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clinical endocrinology. 1997; 47(3):337-343. Hembree, WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre- van de Waal HA, Goore LJ, Meyer WJ, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J of Clin Endo & Metabolism. 2009; 94:3132-3154. doi: http://dx.doi.org/10.1210/ jc.2009-0345*

EFFETS DES HORMONES FÉMINISANTES ET ÉVOLUTION ESCOMPTÉE

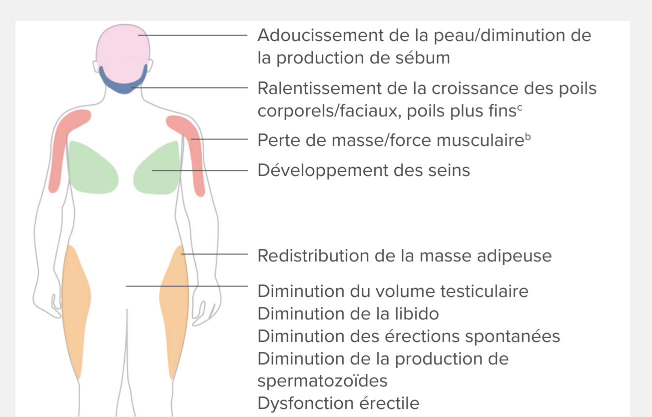
L’ampleur et la rapidité d’apparition des effets physiques dépendent en grande partie de facteurs propres à la personne, comme l’âge, le bagage génétique, la morphologie et le mode de vie, de même que, dans une certaine mesure, la dose et la voie d’administration employées (choisies selon les objectifs particuliers de la personne et le profil de risque).[8]

ANNÉES: 1 2 3 4

Effets physiques	Réversibilité	Apparition[a]	Effet maximal escompté[a]
Adoucissement de la peau/diminution de la production de sébum	Réversible	3-6 mois	Inconnu
Redistribution de la masse adipeuse	Réversible/ Variable	3-6 mois	2-3 ans
Perte de masse/force musculaire[b]	Réversible	3-6 mois	1-2 ans
Ralentissement de la croissance des poils corporels/faciaux, poils plus fins[c]	Réversible	6-12 mois	>3 ans
Calvitie (arrêt de la progression; pas de réapparition des cheveux déjà perdus)	Réversible	1-3 mois	Variable
Développement des seins	Irréversible	3-6 mois	1-2 ans
Diminution du volume testiculaire	Variable	3-6 mois	2-3 ans
Diminution de la libido	Variable	1-3 mois	3-6 mois
Diminution des érections spontanées	Variable	1-3 mois	3-6 mois
Diminution de la production de spermatozoïdes	Variable	Variable	Variable
Diminution de la fonction érectile	Variable	Variable	Variable

Rappelez-vous ceci :

Employez la terminologie privilégiée par la patiente. Les mots « testicules » et « érections » peuvent ne pas convenir à certaines patientes, mais ce n’est pas le cas pour toutes. Les changements physiques occasionnés par un blocage des androgènes et de l’œstrogène pourraient prendre des mois à apparaître et sont habituellement achevés après 2 à 3 ans d’hormonothérapie. Le développement des seins est un aspect de la féminisation qui est très important à de nombreuses patientes transféminines. Le volume de la poitrine dépend de nombreux facteurs, mais le développement des seins est modeste chez la plupart des patientes transféminines (bonnet moyen inférieur à A, Tanner II-III).[9, 10] L’hormonothérapie féminisante n’affecte pas le timbre de voix des patientes transféminines.



a. *Les estimations correspondent aux données cliniques non publiées et aux observations publiées[11,12,13]*
b. *Dépend grandement de la quantité d’exercice*
c. *L’élimination complète des poils faciaux et corporels nécessite des traitements à l’électrolyse, au laser, ou les deux*

RÉFÉRENCES

8. *Feldman J, Safer J Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care , Intl J of Transgenderism 2009;11(3)146-182, DOI: 101080/15532730903383757*
9. *Wierckx K, Gooren L, T’Sjoen G. Clinical Review: Breast Development in trans feminine patients Receiving Cross-Sex Hormones. The Journal of Sexual Medicine 2014;11(5):1240-1247*
10. *de Blok CJM, Klaver M, Wiepjes CM, Nota NM, Heijboer AC, Fisher AD, et al. Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. J Clin Endocrinol Metab. 2018 01;103(2):532–8.*
11. *Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, Magdeleyns EJP, Tans G, Gooren LJG, et al. Venous thrombosis and change of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2003;88(12):5723-5729.*
12. *Asscheman H, Gooren LJG, Assies J, Smits JPH, Slegte R. Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals. Clin Endocrinol (Oxf)1988; 28(6): 583-588.*
13. *Gooren LJ, Harmsen-Louman W, van Kessel H. Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-related male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction. Clin Endocrinol (Oxf) 1985; 22(2): 201-207.*
Visual reference: Tetzlaff K.Patient’s guide to transgender, trans, & gender diverse health. 2015. https://ktetzlaffdotcom.files.wordpress.com/2015/01/tetzlaff_transhealthbooklet1.pdf

SURVEILLANCE ET AJUSTEMENTS DES DOSES

- L'administration d'hormones féminisantes nécessite un protocole de surveillance de routine avant de débuter, puis après 3, 6 et 12 mois et, par la suite, une fois par année (analyse de la créatinine et des électrolytes 4 à 6 semaines après l'initiation ou l'augmentation de la dose de la spironolactone).
- Dans certains cas, les professionnels de la santé préfèrent voir les patientes à chaque mois jusqu'à ce qu'une dose efficace soit atteinte. Les visites de suivi doivent comprendre une anamnèse, un examen physique ciblé et un bilan sanguin, de même que des conseils en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, selon les indications.
- La dose d'antiandrogène et d'œstrogène pourrait être ajustée sur une période de 3 à 6 mois, ou plus, selon les objectifs de la personne, sa réponse physique, les taux d'hormones sériques mesurés et d'autres résultats d'analyse.
- Pour un grand nombre de patientes transféminines, l'objectif à atteindre sera la suppression de la testostérone pour qu'elle soit dans les limites de la normale féminine. Les taux d'hormones des patientes recherchant une apparence plus androgyne pourraient se situer intentionnellement à mi-chemin entre les limites de la normale masculine et féminine.
- Le taux de testostérone totale permet d'évaluer convenablement le degré de suppression d'androgènes, donc il n'est pas nécessaire de demander le taux de testostérone libre de routine. Ayez à l'esprit que la personne pourrait avoir des changements cliniques significatifs sans suppression totale de la testostérone en raison du blocage des androgènes, ce qui n'est pas mesurable.
- Il faut aussi surveiller le taux d'estradiol sérique. La plupart des personnes obtiennent une féminisation considérable à des taux d'estradiol se situant entre 200 et 500 pmol/L.

Rappelez-vous ceci :
La thérapie vise les effets cliniques, non des résultats d'analyse particuliers. Si la mention du sexe indiquée sur la carte d'assurance maladie de la patiente n'a pas été changée, les valeurs de référence du laboratoire rapportées correspondront au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Comme les valeurs de référence varient d'un laboratoire à l'autre, référez-vous à celles du laboratoire utilisé (souvent disponibles en ligne ou transmises par le laboratoire, sur demande).

RÉSUMÉ DE LA SURVEILLANCE DE L'HORMONOTHÉRAPIE FÉMINISANTE

Dans ce tableau, les crochets plus petits et gris pâles indiquent des paramètres mesurés dans des circonstances particulières. **N. B. : Il convient d'examiner certains paramètres plus souvent en présence de préoccupations ou de facteurs de risque.**

Analyses non hormonales :

- **Hémoglobine/hématocrite** - utiliser les valeurs de référence féminines pour la limite inférieure de la normale et les valeurs de référence masculines pour la limite supérieure de la normale.
- **Créatinine** - utiliser les valeurs de référence masculines pour la limite supérieure de la normale.

	Au départ	À 3 Mois	À 6 Mois	À 12 Mois[e]	À Chaque année	Selon les lignes directrices pour personnes cisgenres, ou à la discrétion du professionnel de la santé
Examen/ Analyses	Examen physique ciblé. Comprend : taille, poids, TA, +/- inspection/ mensurations des seins*	TA, poids, +/- examen/ mensurations des seins au 12[e] mois*			Consulter la « ***Preventive care checklist for transfeminine patients*** » et explications, dans la version intégrale des lignes directrices.	
BILAN SANGUIN						
FSC[a]	✔	✓	✓	✔	✓	
ALT[b]	✔	✓	✓	✔	✓	✔
Créatinine/ électrolytes[c]	✔	✓	✓	✓	✓	
HbA1c ou glycémie à jeun	✔			✔		✔
Bilan lipidique	✔			✔		✔
Testostérone totale	✔	✔	✔	✔	✔	
Estradiol	✔	✔	✔	✔	✔	
Prolactine[d]	✔			✓	✓	✓
Autre	Hép B et C					
	Envisager : dépistage du VIH, de la syphilis et autres ITSS, selon les indications, la fréquence dépendant du risque					

** Pour les personnes qui voudraient éventuellement une chirurgie d'augmentation mammaire couverte par l'OHIP, procéder à un examen des seins avant de débuter l'hormonothérapie et après 12 mois en prêtant une attention particulière au stade de Tanner. La circonférence de la poitrine à son point le plus large et le diamètre des aréoles se révèlent parfois utiles pour déterminer la présence ou l'absence de développement des seins*

a) Au début pour tous les traitements, et régulièrement avec la cyprotérone

b) Au début pour tous les traitements, et régulièrement avec la cyprotérone; autrement, répéter à intervalles de 6 à 12 mois, puis au besoin

c) Le contrôle de la créatinine et des électrolytes se fait à chaque visite avec la spironolactone (y compris à intervalles de 2 à 6 semaines après le début), mais n'est nécessaire qu'au début, puis une fois après 6 à 12 mois avec la cyprotérone, sauf en présence de facteurs de risque ou d'autres indications (ex : insuffisance rénale)

d) La prolactine doit faire l'objet d'un contrôle au moins une fois par année avec l'utilisation de la cyprotérone, et plus souvent si une hausse est observée

e) Seulement durant la première année de traitement

Cet aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé de première ligne est l'œuvre de Dr Amy Bourns et produit par Santé Arc-en-ciel Ontario, un programme de Sherbourne Health, pour accompagner les ***Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-Binary Patients, 4th edition*** (en anglais seulement).



